DISSERTATION

N° 155.

SUR

LA FISTULE LACRYMALE

ET SON TRAITEMENT;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 27 juin 1833, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR P.-RÉNÉ LAIGNIEZ, d'Écouché,

Département de l'Orne;

Bachelier ès-lettres et ès-sciences.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1833.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	BÉRARD, Président.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN.
	.....
Pathologie médicale	DUMÉRIL.
	ANDRAL.
Pathologie et thérapeutique médicales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON, Examinateur.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER.
	BOUILLAUD, Suppléant.
	CHOMEL, Examinateur.
Clinique chirurgicale	BOYER.
	JULES CLOQUET.
	DUPUYTREN.
	ROUX.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT, DUBOIS.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Bayle, Examinateur.	Hatin.
Bérard (Auguste).	Hourmann.
Blandin.	Jobert.
Boyer (Philippe).	Laugier.
Briquet.	Lesueur.
Brongniart.	Martin Solon.
Broussais (Casimir), Examinateur.	Piorry, Examinateur.
Cottereau.	Requin.
Dalmas, Suppléant.	Sanson (aîné).
Dubled.	Sanson (Alphonse).
Guérard.	Royer-Collard.
	Trousseau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

Leur fils reconnaissant.

P.-R. LAIGNIEZ.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/dissertationsurl0005vari_o6r8

DISSERTATION

SUR

LA FISTULE LACRYMALE

ET SON TRAITEMENT.

L'appareil des voies lacrymales se compose d'un organe sécréteur des larmes, et de conduits chargés de les transmettre dans les fosses nasales. Avant de parler de la maladie désignée sous le nom de *fistule lacrymale*, je décrirai les parties qui en sont le siége; je passerai ensuite aux causes sous l'influence desquelles elle se développe, puis je parlerai de ses complications et de son traitement.

La glande lacrymale, les points et les conduits lacrymaux, le sac lacrymal, et le canal du même nom, telles sont les parties qui concourent à former les voies lacrymales.

La glande, située dans l'orbite au-dessus et un peu en dehors de l'œil, est logée dans un enfoncement de la lame orbitaire de l'os coronal; de la forme et la grosseur d'une amande, elle est dirigée obliquement d'avant en arrière selon son plus grand diamètre; composée de petites granulations réunies par du tissu cellulaire, elle est

entourée d'une enveloppe celluleuse qui fournit des prolongemens : les uns, internes, se rendent entre les lobules de la glande ; les autres, externes, s'insèrent à l'orbite ; de sa partie extérieure partent des petits canaux excréteurs, qui viennent s'ouvrir derrière le côté externe de la paupière supérieure, après être descendus dans son épaisseur.

Au nombre de deux, un pour chaque paupière, les points lacrymaux sont deux petits orifices béans ordinairement noirâtres, bordés d'un anneau membraneux de couleur blanchâtre ; ils sont situés près de la commissure interne des paupières, et placés vis-à-vis l'un de l'autre ; l'inférieur est tourné en haut, en dehors et en arrière ; le supérieur en bas, en dehors aussi, et en arrière, de telle sorte que les paupières étant fermées ils ne sont en contact que par leur face antérieure.

Les points lacrymaux sont les orifices extérieurs des conduits du même nom, qui mènent les larmes à travers les paupières dans le sac lacrymal ; leur calibre a un peu plus d'étendue que celui des points lacrymaux. Également au nombre de deux, le supérieur marche d'abord verticalement, puis bientôt il se courbe à angle presque droit et se dirige en dedans et en bas, entre la conjonctive et le bord interne de la paupière ; l'inférieur descend aussi verticalement, se porte ensuite en dedans pour venir se confondre ou s'adosser au supérieur, et aller s'ouvrir dans la partie moyenne du côté externe du sac lacrymal.

Ce dernier est une petite poche membraneuse oblongue, occupant le grand angle de l'œil, et logée dans la gouttière osseuse de l'os unguis ; à l'intérieur, le sac est tapissé par une membrane muqueuse qui adhère fortement à cette gouttière ; à l'extérieur il est formé par une membrane fibreuse aponévrotique, que l'on regarde comme une expansion du tendon du muscle orbiculaire. Cette membrane blanchâtre s'insère de toutes parts au rebord osseux de la gouttière. Long de quatre lignes environ, terminé en cul-de-sac à sa partie supérieure, et plus rétréci à sa partie inférieure, il semble se continuer avec le canal nasal. Ce conduit présente beaucoup de variations dans sa forme, sa direction et son diamètre ; il descend le plus ordinairement obliquement en arrière et en dedans, et va s'ouvrir au-dessous du cornet in-

férieur. Sa longueur est de dix à onze lignes. Souvent rétréci à sa partie moyenne, il présente sa convexité en avant; son enveloppe externe est formée par les os unguis, ethmoïde, maxillaire supérieur, et cornet inférieur. Le canal nasal est partout recouvert d'un prolongement cylindrique de la membrane muqueuse du sac, formant dans son intérieur un autre conduit mince qui ne présente aucune valvule dans son trajet; il est peu adhérent au périoste, et se continue avec la membrane pituitaire.

Ainsi, les voies que les larmes parcourent depuis les yeux pour se rendre dans les fosses nasales, forment un tuyau continu, divisé en haut en deux petites branches (conduits lacrymaux); il est membraneux à sa partie moyenne, et appuyé sur une gouttière osseuse; à sa partie inférieure, il est contenu dans un canal osseux; une membrane muqueuse garnit l'intérieur des voies lacrymales et fait suite d'une part avec la conjonctive, et de l'autre avec la pituitaire.

Si une cause irritante, produite par un agent, soit mécanique, soit chimique, soit physique, soit par la répercussion d'un exanthème, ou enfin par voie de sympathie avec un des viscères de notre économie, détermine l'inflammation de l'une ou de l'autre de ces deux membranes, celle-ci s'étendra, dans un grand nombre de cas, aux voies lacrymales; et si dès le début elle n'est pas arrêtée dans sa marche par un traitement convenable, comme dans l'inflammation de toutes les membranes muqueuses, il se formera une sécrétion abondante, qui s'accumulera en grande quantité, soit que cela dépende de l'épaississement ou de l'engorgement de la membrane muqueuse, ou de la contiguité des parois du conduit nasal, soit parce que les larmes ne se trouvant point mélangées, le fluide sécrété ne peut passer du sac dans le canal, ou ressortir par les points lacrymaux; alors il se formera une tumeur dans le sac lacrymal.

L'inflammation de la membrane muqueuse des voies lacrymales est le plus souvent la cause du retard ou du séjour des larmes dans le sac; rarement elle est primitive; elle succède le plus souvent à une ophthalmie ou à un coryza, et existe à l'état chronique, état qui dé-

termine l'épaississement, l'engorgement de la membrane, et quelquefois son induration, ainsi que celui du tissu cellulaire sous-jacent.

La tumeur lacrymale n'étant qu'une simple rétention de larmes ou de mucus dans le sac, la cause matérielle de cette rétention doit se trouver dans le conduit inférieur : or, on voit que cette maladie dépend presque constamment d'obstacles existant sur le trajet du canal, tels qu'un polype des fosses nasales ou du sinus maxillaire, une hydropisie du même sinus, une exostose dans cette région, ou bien une excroissance de chair naissant d'un ulcère du nez.

Parmi les causes déterminantes de la maladie, quelques auteurs rangent l'altération chronique des glandes de *Meïbomius*. Les opinions de *Scarpa* sur ce sujet lui sont particulières; il considère l'affection de ces glandes et de celles de l'intérieur de la paupière, ou, comme il le dit, le flux palpébral, comme constituant le premier degré de toutes les maladies qui ont été généralement comprises sous le nom de *fistule lacrymale*, le second degré étant la tumeur du sac, et le troisième degré d'ulcération de cette tumeur. Il affirme que la plus grande part de la matière jaune qui s'amasse dans le sac est sécrétée par la membrane interne des paupières et les glandes de *Meïbomius*, et que l'altération qu'éprouve cette sécrétion a la plus grande part dans la cause de la maladie. Il apporte des preuves à l'appui de sa théorie auxquelles on a répondu par des objections puissantes. Cependant, quoique cet auteur ait eu une opinion trop exclusive, on ne peut mettre en doute que le flux palpébral ne puisse amener à sa suite la tumeur et la fistule lacrymale.

N'importe quelle soit la cause qui mette obstacle au cours des larmes dans le canal, le liquide s'accumule dans le sac, le dilate; sa paroi externe soulève la peau qui la recouvre en dehors, et bientôt elle occasione au grand angle de l'œil une tumeur à surface égale, arrondie, ou étranglée à sa partie supérieure, indolente, molle, circonscrite, sans chaleur ni changement de couleur à la peau; par la pression, elle se vide, tantôt par les points lacrymaux, et tantôt en

même temps par le canal nasal, le long duquel le malade s'aperçoit que l'humeur coule dans les fosses nasales. Le liquide est quelquefois limpide; mais ordinairement il est blanchâtre et comme purulent. La tumeur ne tarde pas à se remplir, suivant que les yeux du malade sont arrosés de larmes plus ou moins abondantes. Lorsqu'il existe engorgement et endurcissement des parois du sac, elle ne peut être vidée.

Chez les personnes scrophuleuses, cette tumeur se forme lentement : au début, elle n'est point pour ainsi dire sensible; on ne remarque qu'un peu d'empâtement; le larmoiement est peu considérable; elle n'a qu'un petit volume; elle peut rester long-temps stationnaire, et même on l'a vue demeurer dans le même état toute la vie; mais en général, à la longue, l'humeur devient visqueuse, puriforme; elle acquiert de la chaleur et de l'âcreté par son séjour dans le sac, qu'elle a irrité; les paupières se collent pendant la nuit, la conjonctive s'enflamme; la tumeur, d'indolente, devient douloureuse, acquiert graduellement une rougeur considérable; souvent il survient un érysipèle qui s'étend sur tout le côté de la tête, et dont le foyer est au grand angle de l'œil, où la tension et la douleur existent plus fortement que partout ailleurs; les paupières et les parties voisines de l'orbite deviennent quelquefois œdémateuses; vis-à-vis le sac lacrymal ou plus ou moins loin, il s'ouvre un ulcère donnant issue aux larmes et à une matière puriforme. Il n'est pas rare de voir une tumeur lacrymale s'abcéder, se vider complètement, et former une véritable fistule dont l'ouverture se couvre d'une croûte, se cicatrise momentanément, de manière à faire croire à une guérison parfaite. Après quelques jours, la tumeur se reforme, s'abcède de nouveau, et peut encore disparaître; mais il arrive un temps où l'ulcère ne se referme plus : tantôt il n'y en a qu'un, tantôt il en existe plusieurs; dans le plus grand nombre des cas, ils sont sans dureté et sans callosités.

La fistule, qui n'est qu'un degré plus avancé de la tumeur, et non pas une maladie distincte, peut être définie un ulcère au grand angle

de l'œil, communiquant avec le sac lacrymal, et donnant issue aux larmes et à une matière puriforme.

Située plus ou moins haut, mais presque toujours au-dessous du tendon du muscle orbiculaire des paupières, elle est simple ou compliquée de désordres plus ou moins graves : ainsi, les tégumens voisins deviennent durs, calleux, sillonnés d'un grand nombre d'ouvertures; la peau a éprouvé une perte de substance dans une plus ou moins grande étendue. La fistule peut encore être compliquée de fongosités naissant du sac ou des os, de carie des os unguis et maxillaire supérieur, et, par suite de cette carie, de la perforation des os et de sa communication avec les fosses nasales; les conduits lacrymaux peuvent être oblitérés, et des concrétions pierreuses s'être formées dans le sac. Aussi le prognostic devra-t-il être différent, suivant les divers états de la maladie. En général, la fistule n'est point une maladie grave; elle cède le plus souvent aux moyens par lesquels on la combat.

Quant au diagnostic, la sortie des larmes par l'ulcère est un signe non équivoque de la fistule; néanmoins on tentera l'introduction d'une sonde par l'ouverture extérieure, afin de reconnaître l'état des parties. La tumeur lacrymale peut être confondue avec une maladie qui se développe aussi dans le grand angle de l'œil; mais avec de l'attention on évitera une semblable erreur. Celle-ci a son siége dans le tissu cellulaire qui unit le sac lacrymal aux tégumens, qui sont rouges, et douloureux par la moindre pression; elle n'est point circonscrite, et a beaucoup plus d'étendue que la précédente. La douleur s'accroît par la compression; la fluctuation paraît superficielle; il ne reflue point de liquide par les points lacrymaux ni le canal nasal; toutes les parties sont saines. C'est un abcès auquel les Grecs ont donné le nom d'*anchylops*.

D'après la théorie que j'ai donnée de la formation de la fistule, les moyens qu'on emploiera devront varier suivant l'altération des tissus, son état de simplicité et de complication. Au début de la maladie, quand l'inflammation est encore légère, qu'il y a peu ou point d'é-

paississement de la membrane muqueuse, on se trouvera fort bien de l'emploi des antiphlogistiques, de l'application de sangsues non loin de la tumeur, des injections émollientes; des fumigations pourront réussir dans quelques cas. On pourra avoir recours aux révulsifs appliqués sur la tumeur ou sur la peau. Toutefois ces moyens deviendront nuisibles lorsqu'on sentira la fluctuation et qu'il y aura du pus de formé. Les émolliens devront encore avoir la préférence; depuis que les causes de cette maladie commencent à être mieux connues, on en a retiré des avantages signalés. Mais si tous ces moyens sont infructueux, ou qu'il soit trop tard pour y recourir, il reste à choisir parmi ceux proposés par les chirurgiens anciens et modernes. Ils peuvent être rapportés à deux méthodes principales : l'une, qui consiste à rétablir aux larmes leurs voies naturelles; l'autre, à leur en pratiquer une artificielle.

La plus ancienne de toutes les méthodes employées pour la guérison de la tumeur est la compression. Les Arabes, toujours effrayés par l'idée des opérations sanglantes, y eurent recours les premiers. *Rhazès* en parle dans ses écrits, et soutient que l'usage long-temps prolongé d'un bandage compressif, aidé en même temps de frictions, suffit pour guérir certaines tumeurs lacrymales. Ce moyen tomba en oubli jusqu'à *Fabrice*, qui le fit revivre. Le bandage de son invention se composait de deux pièces en acier se croisant à leur partie moyenne, et par leur courbure répondant à la convexité de la tête; antérieurement, il portait une branche mobile qui, se fixant à l'une des branches immobiles, s'abaissait à volonté; au bout de cette branche se trouvait une petite pelote que l'on faisait se rendre à l'angle interne de l'œil pour y exercer une compression. Par la suite, *Platner*, *J.-L. Petit* et d'autres encore, qui en tentèrent l'application, lui firent subir des modifications.

N'importe quelle en fût la construction, il était toujours fort difficile de le maintenir convenablement. En outre, il présentait les inconvéniens qu'a une compression permanente long-temps prolongée; les parois du sac s'endurcissaient, les conduits lacrymaux s'obli-

téraient. Chez ceux dont on en avait obtenu des succès, la cure n'était pas de longue durée, ou bien il leur restait un larmoiement incurable : aussi la rejeta-t-on pour mettre en usage le procédé d'*Anel*, plutôt ingénieux que vraiment utile.

*Procédé d'*Anel. *Anel* est le premier qui ait conçu l'idée de désobstruer les voies lacrymales et d'y faire arriver des injections. Ses instrumens étaient une sonde et une seringue, dont le tuyau était assez étroit pour entrer par l'un des points lacrymaux. La sonde est d'un très-petit volume ; à l'une de ses extrémités, elle est terminée par un petit bouton de forme olivaire, et va toujours vers l'autre en augmentant d'épaisseur pour éviter l'inconvénient de se replier pendant son introduction dans les conduits lacrymaux. La seringue est aussi fort petite ; elle a un siphon dont le diamètre est en rapport avec celui des points lacrymaux. Pour s'en servir, l'opérateur fait placer le malade sur un siége beaucoup plus bas que celui sur lequel il est assis, lui fait porter, par un aide, la tête en arrière, et ouvre les paupières en les tirant vers les tempes. Le conduit supérieur étant le plus oblique, on doit le préférer pour l'introduction de la sonde. L'inférieur étant presque transversal, il convient mieux pour faire l'injection ; de plus, on a un point d'appui sur les joues. La sonde est poussée d'abord perpendiculairement de bas en haut, et ensuite obliquement de dehors en dedans, pour suivre la coudure que présentent les points lacrymaux. Lorsque la sonde est introduite dans le conduit, et elle doit l'être sans violence, on cesse de tirer sur la paupière, et l'on continue à la faire avancer jusqu'à ce que le chatouillement qu'éprouve le malade dans les narines, indique qu'on est parvenu à la partie inférieure du canal nasal ; les préceptes sont les mêmes pour l'introduction du siphon. L'injection est faite doucement et répétée plusieurs fois le jour.

Heister et *Monro* disent en avoir retiré des succès ; dans les cas les plus simples il peut réussir ; mais, lorsque l'oblitération sera complète ou qu'il existera quelque obstacle dans le canal, peut-on espé-

rer de les guérir? Ensuite il est fort difficile de faire passer une sonde par les points lacrymaux; la petitesse de son volume, son peu de résistance, en rendent facilement raison. La grande sensibilité de la membrane du sac et du canal, dans leur état d'inflammation, sont autant de causes qui s'opposent encore à son emploi.

Procédé de LAFOREST. En même temps qu'*Anel* s'occupait de trouver le moyen de désobstruer les voies lacrymales par les conduits supérieurs, *Bianchi* cherchait à arriver au même but en sondant le canal nasal par sa partie inférieure; mais, découragé par les difficultés qu'il éprouvait à faire arriver sa sonde, il laissa là son projet, et ce ne fut que plus tard que *Laforest*, s'emparant de l'idée de *Bianchi*, inventa sa méthode, qui consiste à porter une sonde solide par la partie inférieure du canal nasal, et à y faire ensuite des injections avec une sonde creuse, introduite par le même endroit; elle exige peu d'instrumens : des sondes pleines de toutes les grosseurs, une sonde vide, percée à son extrémité, et une seringue à siphon recourbé muni d'un bourrelet.

Après avoir mis le malade dans la même position que pour la méthode précédente, le chirurgien prend la sonde par l'une de ses extrémités, porte l'autre dans la narine, et cherche à l'introduire au-dessous du cornet inférieur; une fois parvenue, il lui fait faire un demi-tour assez semblable à celui par lequel on pousse une sonde dans la vessie, dirige ensuite le bout intérieur de bas en haut et de dehors en dedans; le bout extérieur est porté en bas et un peu en dehors. On lui fait faire une espèce de bascule et on la pousse ensuite dans la direction qu'on vient de lui donner jusqu'à ce qu'elle soit arrivée au bord de l'orbite. Une fois introduite, on la laisse en place pendant deux ou trois jours; ensuite on la remplace par une algalie, et l'on fait des injections appropriées à l'état de relâchement ou d'inflammation des parois du sac.

Cette méthode, d'abord proposée pour les tumeurs lacrymales,

a été appliquée aux fistules même compliquées de carie. L'auteur en a guéri deux cas.

L'exécution de ce procédé, comme le remarque M. *Boyer*, est facile sur le cadavre, mais il n'en est pas de même sur le vivant. La sensibilité des fosses nasales, les vices de conformation du cornet inférieur, ainsi que de la cloison du nez, l'extrême étroitesse de l'ouverture du sac, sont souvent autant de causes qui doivent s'opposer au cathétérisme. Aussi, ce procédé est-il presque entièrement abandonné, malgré la modification ingénieuse qu'y a apportée *Cabanis*, en se servant du fil de *Méjean* pour faciliter l'introduction de la sonde.

Procédé de Méjean. *Méjean* inventa aussi une méthode qui n'a point l'inconvénient de laisser une cicatrice au grand angle de l'œil, comme les autres moyens dont nous allons bientôt parler. Il passait un fil de soie dans les voies lacrymales, au moyen d'un stylet semblable à celui d'*Anel*, percé à son extrémité supérieure d'un trou propre à recevoir le fil. Parvenu dans les fosses nasales, ce fil servait à porter chaque jour dans le canal une mèche de coton enduite d'un corps gras, dont on augmentait progressivement le volume pour obtenir la dilatation du canal nasal et laisser un libre cours aux larmes. Dans l'exécution de ce procédé, on se trouvait souvent arrêté pour retirer l'extrémité inférieure du stylet. *Méjean* se servait d'une sonde cannelée introduite sous le cornet inférieur, et dont la rainure, obliquement dirigée en avant, recevait le bout du stylet et le faisait glisser vers l'extrémité des fosses nasales. Ce moyen fort simple est aussi sûr que ceux qui ont été proposés pour le remplacer, tels que la palette de *Cabanis*, qu'un petit crochet mousse, ou qu'une sonde percée de plusieurs trous. Quand, à l'aide de son stylet ordinaire, *Méjean* ne pouvait déboucher le canal et arriver dans les fosses nasales, il lui en substituait un autre qui était très-aigu.

Malgré les succès que *Méjean* et d'autres prétendent avoir obtenus, on a abandonné cette méthode, qui n'est point exempte de re-

proches. Souvent il est fort difficile et même impossible de faire passer le stylet dans les fosses nasales, à cause de l'angle formé par le conduit supérieur avec le canal nasal. Quand le canal est obstrué, l'instrument, qui est très-faible, peut venir à se plier, et alors son extraction est pénible; si l'on se sert aussi de l'autre stylet aigu, on sera exposé à faire des fausses routes. Quant à l'action du fil de soie sur le point lacrymal, elle ne tarde pas à l'irriter et à en amener l'ulcération. *Palluci*, dans l'intention de remédier à cet inconvénient, introduisait dans les voies lacrymales une très-petite canule, qui servait de conducteur au fil; mais, loin de le prévenir, sa canule exposait le malade à de plus graves dangers.

Procédé de Petit. On avait bien songé à débarrasser les voies lacrymales quand elles étaient obstruées par du mucus épaissi, et à les rendre plus libres dans les cas de tumeur; mais quand il y avait fistule, on leur pratiquait toujours une route artificielle. *J.-L. Petit* est le premier qui ait conçu l'heureuse idée de pouvoir, à l'aide d'une incision faite sur le sac, introduire des bougies dans le canal nasal, et, par leur usage long-temps prolongé, en obtenir une dilatation suffisante pour rendre aux larmes leur cours naturel. Au-dessous du tendon du muscle palpébral, il faisait une incision aux tégumens et au sac, ayant bien soin de ne pas aller blesser sa paroi postérieure et de dénuder les os. Le bistouri dont il faisait usage était étroit, fort, et sur sa lame portait une cannelure servant à l'introduction d'une sonde taillée en pointe comme le bec d'un cure-dent; la pointe du bistouri étant parvenue dans la partie supérieure du canal, la sonde était poussée dans la cannelure et conduite jusque sur le plancher des fosses nasales; à l'aide de légers mouvemens de la sonde, il détruisait les obstacles, la retirait, et mettait à demeure, dans le canal nasal, une bougie enduite du médicament qu'il jugeait le plus convenable; tous les deux ou trois jours on la remplaçait par une autre, et l'on en continuait l'usage jusqu'à ce que l'on pût l'introduire et la retirer sans occasioner de douleur.

Une méthode qui avait pour objet le rétablissement des parties dans leur état naturel, et dont l'exécution est simple et peu douloureuse, ne pouvait manquer d'être accueillie favorablement. Aussi, à peine *Petit* l'eut-il fait connaître, que tous ses confrères s'empressèrent de l'adopter. Cependant on ne tarda pas à s'apercevoir qu'elle était susceptible de quelque perfectionnement; aussi depuis lui a-t-on fait subir des modifications, soit relativement à la manière d'inciser, soit relativement aux moyens propres à dilater le canal.

A peu près dans le même temps que *Petit* exposait sa méthode à l'Académie royale des sciences, *Monro* présentait à la Société d'Édimbourg un procédé qui ne diffère du précédent qu'en ce que l'on incise les tégumens sur une sonde introduite dans le canal lacrymal, pour éviter de blesser la paroi postérieure du sac. Les craintes de *Monro* n'ont point été partagées par les praticiens; l'introduction de la sonde a été rejetée comme une complication inutile et douloureuse.

Méthode de Pouteau. *Pouteau* modifia le procédé de *Petit*. Ayant inutilement essayé de passer par les points lacrymaux un séton sur une jeune dame atteinte de tumeur lacrymale, et n'osant lui proposer l'incision du sac, il inventa le procédé suivant: entre la caroncule et la paupière inférieure, il plongea une lancette, l'enfonça profondément jusque dans l'intérieur du sac, qu'il avait eu soin de laisser remplir de pus en bouchant l'ouverture de la fistule afin de pouvoir l'inciser avec plus de facilité; il glissa sur la lame de la lancette une sonde à aiguille, la fit arriver dans l'intérieur du canal nasal et de là dans le nez; au moyen de la sonde, il porta un fil dans les voies lacrymales, et à l'extrémité inférieure de ce fil il attacha une mèche qu'il fit remonter jusqu'à la partie supérieure du sac, en tirant sur l'autre bout du fil. Après quelque temps d'un pansement assidu, sa malade guérit parfaitement. Depuis lors, *Pouteau* chercha à faire vivre sa méthode; mais elle fut peu mise en pratique; aujourd'hui elle est totalement abandonnée. Pour vouloir éviter la cicatrice d'une

petite incision, ce serait s'exposer à déterminer de vives douleurs, de l'inflammation, de l'engorgement à la conjonctive et au globe de l'œil.

Lecat substitua le séton à la bougie de *Petit*. Il l'introduisait par l'ouverture faite au sac lacrymal; ce moyen fut généralement employé, mais beaucoup de chirurgiens préfèrent l'introduire de bas en haut. La difficulté était toujours de passer le fil qui devait servir de conducteur au séton : les uns se sont servis du stylet à aiguille de *Méjean;* d'autres ont employé une corde à boyau; *Desault* faisait descendre dans le canal un fil non ciré que le malade expulsait au-dehors des narines par les efforts faits en se mouchant; *Pamard* faisait arriver dans le nez, par une canule, un ressort de montre terminé par une olive, et qui, en raison de son élasticité, se montrait à l'ouverture du nez. Aujourd'hui on se sert encore du procédé de *Desault* ou de *Pamard*. Aussi vais-je décrire la manière d'opérer.

Procédé de Desault. Les instrumens nécessaires pour pratiquer cette opération sont, 1°. un bistouri droit à lame étroite et très-forte; 2°. une canule d'argent un peu conique, légèrement courbée et taillée en biseau vers son extrémité inférieure; 3°. un stylet d'argent; 4°. un fil fort; 5°. un séton.

Le malade étant assis, la tête appuyée sur la poitrine d'un aide qui applique sur le front la main opposée au côté de la maladie, et avec l'autre tire les paupières en dehors, le chirurgien, placé en face du malade, tient le bistouri comme une plume à écrire, de la main droite, s'il opère sur l'œil gauche, et de la gauche, s'il opère sur le droit.

L'indication du lieu où doit être faite la ponction du sac est une partie très-importante; il faut donc chercher une donnée fixe et invariable qui indique précisément le lieu où l'on rencontrera l'orifice supérieur du canal nasal. Or, cette donnée est fournie par le rebord osseux que limite antérieurement la gouttière lacrymale; pour reconnaître cette saillie, on porte le doigt sur le bord orbitaire inférieur,

on le fait filer à l'angle interne de l'œil, où il est arrêté par la lèvre antérieure de la gouttière; alors, derrière ce rebord on fait une ponction dans une direction perpendiculaire. M. *Demours* conseille de remplir le sac lacrymal à l'aide de la seringue d'*Anel*, avant de l'inciser. *Béclard*, pour ne pas manquer de donner la véritable direction à son incision, déprimait le sac du côté sain, avec une sonde mousse, s'aidait par là de la symétrie des os de cette région, et plongeait l'instrument à la même hauteur, vers le côté malade. *Scarpa* et beaucoup d'autres conseillent de faire l'incision sous la saillie blanchâtre des tégumens formée par le tendon de l'orbiculaire, près la commissure interne des paupières. N'importe quel soit le procédé que l'on adopte, l'opérateur, tenant le bistouri comme une plume à écrire, en dirige le dos vers le nez, et enfonce l'instrument presque perpendiculairement dans le sac lacrymal; le défaut de résistance et la sortie des larmes ou de la matière puriforme lui annoncent qu'il y est arrivé. Alors, relevant le manche du bistouri, il le renverse sur les sourcils, pousse sa pointe dans le canal nasal, et sur le dos de la lame fait glisser un stylet délié ou bien une sonde à panaris, suivant que la résistance est plus ou moins grande. Ce stylet sert de conducteur à la canule d'argent dans le canal nasal. Une fois le stylet retiré, il introduit dans la canule un fil, de telle manière qu'il décrive plusieurs contours, et engage ensuite le malade à se moucher, ayant eu soin de lui recommander de fermer la bouche et de se boucher la narine du côté sain : ordinairement le fil est chassé de la narine par la masse d'air qui en sort; s'il restait engagé sous le cornet inférieur, on l'amènerait avec une érigne mousse.

Le fil étant placé, on ôte la canule; si l'on craignait d'occasioner par trop d'inflammation en achevant de suite l'opération, on laisserait le malade se reposer un ou deux jours; autrement, on termine de suite. On attache au bout inférieur du fil une mèche de charpie enduite de cérat, puis on la retire doucement en haut, jusqu'à ce qu'elle atteigne la partie supérieure du sac; un second fil, placé à la partie inférieure de la mèche, a pour usage de l'attirer au dehors. On ré-

pète les pansemens, ayant soin d'augmenter le volume de la mèche, et on les continue pendant long-temps, jusqu'à ce que l'introduction n'en soit plus douloureuse et que la mèche puisse être retirée avec facilité, et surtout qu'elle ne soit plus recouverte de mucosités.

Le procédé de *Pamard* ne diffère de celui de *Desault* que par la manière de faire arriver le fil hors des narines : on se sert d'un ressort de montre terminé par une olive d'argent à une de ses extrémités, et percé à l'autre comme une aiguille ; on enfonce le ressort dans la canule jusque dans la fosse nasale ; à peine y est-il parvenu, qu'il se recourbe en devant et vient se présenter à l'ouverture de la narine ; on le saisit avec les doigts ou des pinces ; on le tire, et il entraîne le fil dont est chargé le bout supérieur. Le reste de l'opération est le même que dans la précédente méthode.

De tous les moyens que je viens d'indiquer pour la dilatation du canal nasal, la plupart aujourd'hui sont mis de côté ; ils exigent un temps beaucoup trop long pour que la guérison soit complète, et même la maladie est sujette à une récidive. *Foubert* reconnut tous ces inconvéniens, et voulut y remédier, en leur suppléant une nouvelle méthode. Il imagina de placer dans le conduit des larmes, après l'incision du sac, une canule à demeure, et de laisser par-dessus cicatriser la plaie ; il obtint des succès, mais cette canule était sujette à se déplacer ; étant mal faite, elle ne remplissait point le but qu'il s'était proposé ; elle fut abandonnée, malgré les modifications que lui avait fait subir *Pellier*, et les avantages qu'il en avait retirés.

Méthode de M. Dupuytren. De nos jours, M. *Dupuytren* s'est emparé de l'idée de *Foubert*, et en a perfectionné une méthode chirurgicale, en donnant à la canule une forme et une courbure convenables et des dimensions en rapport avec celles du canal nasal. Sa canule est d'or ou d'argent, de dix à douze lignes de longueur ; sa forme est conique ; elle est légèrement courbée, plus large à sa partie supérieure, qui est terminée par un bourrelet circulaire ; l'inférieure va en se rétrécissant et est taillée en biseau, de telle sorte que l'ouverture est tournée du

côté de sa concavité; cette canule est reçue sur un mandrin de fer dont la pointe ne forme aucune saillie; sa base présente un bourrelet qui presse sur la canule, se recourbe ensuite à angle droit et finit par un manche aplati.

Après avoir placé convenablement son malade, M. *Dupuytren*, d'un coup de bistouri, pénètre dans le sac; la pointe de l'instrument est portée derrière le rebord osseux qui commence en haut le canal nasal, et, engagée dans le conduit, il soulève ensuite la lame du bistouri, qu'il retire après avoir fait glisser dessus la pointe du mandrin garnie de sa canule, et il l'enfonce par une pression plus ou moins forte, et de telle sorte que son bourrelet soit caché dans le sac lacrymal, et ne s'oppose pas à la cicatrisation de la plaie extérieure; à son tour, le mandrin est retiré, les bords de la plaie rapprochés et couverts d'un peu de taffetas gommé. Dans vingt-quatre heures souvent, la cicatrice est complète.

A peine l'opération est-elle terminée, que le malade peut reprendre ses occupations, et dès le moment même il peut être regardé comme guéri. On a reproché à cette méthode le déplacement de la canule, et de donner lieu à une vive inflammation des parties voisines. Ces inconvéniens se rencontrent quelquefois, mais il est toujours facile d'y remédier; et puis quelle est la méthode qui soit parfaite, qui puisse même rivaliser avec celle-ci, soit par sa simplicité, soit par la brièveté de son traitement, et enfin par les résultats? M. *Demours*, qui a recueilli, relativement aux maladies des yeux, un très-grand nombre de faits, pense que l'on guérit autant de malades en ne les opérant pas qu'en les soumettant à l'un des autres procédés que je viens d'indiquer. Eh bien, d'après les observations de M. *Dupuytren*, sur vingt malades, seize guérissent sans que la canule ait été déplacée. Chez deux des quatre autres, la canule tombe dans les fosses nasales ou remonte dans le sac lacrymal: on est alors obligé d'en faire l'extraction; enfin les deux autres éprouvent de la douleur, de l'irritation, qu'il faut combattre par les antiphlogistiques. A l'aide de ces moyens, on s'en rend maître très-souvent; mais si les accidens persistent, en reti-

rant la canule, de suite le calme est rétabli, et au bout de quelques jours on peut la replacer, et la cure n'en est pas moins assurée.

Lorsque, par les moyens indiqués on n'a pu rendre aux larmes leur conduit naturel, qu'il est entièrement obstrué, on a proposé de faire rationnellement ce que l'on faisait empiriquement depuis plusieurs siècles, c'est-à-dire de pratiquer une route artificielle aux larmes en perçant l'os unguis. *Scarpa* veut que toutes les fois qu'il y a perforation de l'os unguis, on ne cherche plus à tirer parti du canal nasal. On traite, dit-il, le sac par les escharrotiques, la perforation persiste et les larmes continuent de couler dans le nez; mais si l'os unguis est dénudé, il faut le perforer. Actuellement on n'a recours à la perforation que quand on n'a pu désobstruer le canal nasal.

Dans le traitement de la fistule, les anciens n'avaient égard qu'au vice local; on guérissait l'ulcère sans faire attention au cours des larmes, et pour cela on enlevait la fistule et les callosités, s'il en existait; quand les os étaient altérés, on les ruginait et l'on passait le fer rouge.

Lorsque l'anatomie des voies lacrymales fut mieux connue, le cautère actuel fut mis en usage avec plus de réserve; on l'employa non pas pour détruire la carie de l'os unguis, mais pour le perforer et ouvrir aux larmes une route dans le nez. Maintenant, beaucoup de chirurgiens l'ont abandonné pour se servir d'un trois-quarts; cependant plusieurs praticiens dont l'autorité est d'un grand poids s'en servent encore. *Scarpa*, entre autres, donne la préférence au cautère, s'appuyant sur ce que la perte de substance laisse une ouverture qui n'est point exposée à se refermer. M. *Boyer* n'y voit pas d'avantage réel, pouvant faire, dit-il, à l'os unguis et à la membrane qui le recouvre, avec un trois-quarts, une assez grande ouverture pour qu'elle ne se referme point après qu'on aura rendu ses bords calleux par un long usage des dilatans.

Dans le traitement de la fistule lacrymale, voici de quelle manière on applique le cautère actuel. On ouvre d'abord le sac, on le remplit de charpie qu'on y laisse séjourner pendant quelques jours; après quoi on la retire. Le malade situé dans une position convenable, on

absorbe avec une mèche le pus qui se trouve dans le sac lacrymal. On applique ensuite sur l'os unguis une canule d'argent, dans une direction oblique de haut en bas. Cette canule sert de conducteur à un fer rouge que l'on porte sur l'os unguis, pour lui faire éprouver une perte de substance ainsi qu'à la membrane pituitaire. L'opération faite, on retire la canule, l'on panse la plaie avec de la charpie enduite de cérat, et l'on emploie les antiphlogistiques locaux pour arrêter l'inflammation, qui se déclare toujours après l'application du feu; lorsque les escharres sont tombées on a recours aux bougies et aux tentes pour entretenir l'ouverture libre et en obtenir une cicatrice parfaite.

Le cautère actuel n'est pas le seul moyen employé pour perforer l'os unguis. Les anciens se servaient encore d'un instrument pointu pour remplir le même but. Cette méthode, décrite par *Aëtius* et *Paul d'Égine* était totalement oubliée, puisque dans le dix-huitième siècle on l'a attribuée à *Wolhouse*, oculiste anglais. Ce procédé lui est seulement redevable de la direction fixe à donner à cette perforation pour éviter l'ethmoïde et arriver dans le méat moyen sans endommager la cloison.

Voici de quelle manière il opérait : le malade ayant la tête appuyée sur la poitrine d'un aide, avec un bistouri courbe il faisait une incision en forme de croissant pénétrant jusqu'à l'os; avec un déchaussoir, qui lui servait à détruire le périoste, il agrandissait la plaie; le sang qui s'écoulait l'empêchant de voir le fond de la plaie, il la pansait avec de la charpie, et au bout de quelques jours il perçait l'os unguis avec une sonde cannelée pointue à son extrémité; dans l'ouverture il plaçait une tente de linge, et plus tard lui substituait une petite canule d'or; il en avait de deux sortes : la première avait un bord assez élevé pour l'empêcher de tomber dans les fosses nasales, et servait à rendre l'ouverture calleuse; ensuite, il en employait une autre sans rebords, et guérissait la plaie extérieure; la canule tombait dans le nez ou l'arrière-bouche, mais les bords de l'ouverture pratiquée, cicatrisés ou non après sa chute, se rapprochaient souvent, et la fistule était sujette à récidive.

Hunter, pensant obtenir plus de succès en faisant éprouver aux parties une perte de substance, inventa un emporte-pièce assez semblable à celui dont les bourreliers se servent pour percer le cuir ; il passait par la narine une plaque de corne qu'il appliquait contre la paroi externe pour lui servir de point d'appui, tandis que son instrument, introduit par une ouverture faite au sac, coupait sa paroi postérieure, l'os unguis et la membrane pituitaire. Ce procédé, de nos jours, est abandonné, n'étant point d'une facile exécution.

Au reste, quel que soit le moyen dont on se serve pour perforer l'os unguis, le succès de l'opération dépend de la grandeur de l'ouverture, toujours il faut attendre que la cicatrice du pourtour du conduit artificiel soit faite avant de fermer la plaie extérieure, et, malgré ces précautions, ni le cautère actuel, ni les caustiques, ni l'emporte-pièce, ni les trois-quarts, ni les autres moyens qu'on peut avoir employés pour faire une perte de substance, ne préservent de l'oblitération de l'ouverture artificielle qu'on a faite ; aussi ces procédés sont-ils abandonnés en France ; et l'on ne devra y recourir que quand d'invincibles obstacles s'opposeront au rétablissement du canal nasal, quand l'os unguis sera détruit par la carie.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Tempestatum anni mutationes potissimùm morbos pariunt; et in ipsis tempestatibus anni magnæ mutationes frigoris vel caloris, aliaque pro ratione ad hunc modum. *Sect.* 3, *aph.* 1.

II.

Per anni tempestates quandò eâdem die modò calor, modò frigus, fit, autumnales morbos expectare convenit. *Ibid.*, *aph.* 4.

III.

Morborum acutorum non in totum tutæ sunt prænuntiationes, neque salutis, neque mortis. *Ibid.*, *aph.* 19.

IV.

Lassitudines sponte obortæ morbos prænuntiant. *Sect.* 2, *aph.* 5.

V.

Hæc igitur in febribus acutis observare oportet, uti noscamus quandò quis sit moriturus, et quandò evasurus. *Sect.* 8, *aph.* 10.

VI.

In febribus acutis convulsiones et circa viscera dolores vehementes, malum. *Sect.* 4, *aph.* 66.